



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden  
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, orthodontie, vergoeding beugel, onduidelijke voorwaarde  
Zaaknummer : 201700929  
Zittingsdatum : 6 december 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 6:238 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verzoekster had eveneens ten behoeve van haar twee minderjarige kinderen de zorgverzekering afgesloten. Verder was ten behoeve van verzoekster en haar kinderen bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-GeZZin afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling ten behoeve van haar dochter, bestaande uit het plaatsen van een beugel en techniek- en materiaalkosten, ten bedrage van € 1.634,08 (hierna: de aanspraak). Via de incassogemachtigde van de orthodontist heeft verzoekster een nota, gedateerd 23 maart 2017, ontvangen, waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding heeft afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 20 augustus 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 november 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is al jaren - naar volle tevredenheid - verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zij dacht zeer uitgebreid verzekerd te zijn. De dochter van verzoekster heeft één scheefstaande tand en de orthodontist stelde voor bij haar een 'onzichtbare beugel categorie 7' te plaatsen, mede omdat zij door deze specifieke beugel haar gebit toch goed schoon kon houden. Verzoekster kreeg van de orthodontist een folder mee over de beugel 'Airmile'. Verzoekster heeft de polisvoorwaarden bestudeerd en ging ervan uit dat deze beugel onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering viel.

Nadat de dochter van verzoekster was gestart met de behandeling bij de orthodontist bleek dat de beugel niet wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

4.2. In artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vacuümgevormde hoesjes, zoals Invisalign®, uitgesloten van vergoeding, maar verzoekster kon als leek niet vermoeden dat dit dezelfde categorie beugels betreft als de '*beugel categorie 7 (onzichtbaar 2 kaken, beperkt)*' zoals vermeld in het behandelplan van de orthodontist. Verzoekster constateert dat de woordkeuze in het behandelplan van de orthodontist niet overeenkomt met die in de polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar. Voor een leek is het niet duidelijk dat een beugel categorie 7 van hetzelfde type is als de vacuümgevormde hoesjes. De ziektekostenverzekeraar had in de voorwaarden ook moeten spreken over categorieën, zodat bij verzoekster 'alambellen' zouden afgaan. Hierin is de ziektekostenverzekeraar toerekenbaar tekortgeschoten.

Verzoekster heeft bij de orthodontist haar ongenoegen geuit over de gang van zaken. De assistente van de orthodontist deelde haar hierop mede dat de orthodontist waarschijnlijk niet ervan op de hoogte is dat een dermate specifieke beugel mogelijk niet wordt vergoed.

Er heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden, en deze gebruikt dit gesprek nu tegen verzoekster, in plaats van voor 'kwaliteitsdoeleinden' zoals haar werd medegedeeld.

De verwijzing naar de tariefbeschikking heeft, anders dan de ziektekostenverzekeraar meent, wel degelijk betrekking op de vergoeding. Verzoekster vangt hierdoor nu bot.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding opgenomen voor orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar. Deze vergoeding bedraagt 100% van de kosten tot maximaal € 2.000,--, en is eenmalig voor de gehele duur van de verzekering. In artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering staan de voorwaarden voor vergoeding vermeld. De behandelingen worden vergoed volgens de betreffende tariefbeschikking van de NZa. De kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling doelmatig en in de beroepsgroep gebruikelijk is, en als de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders is vermeld. Kosten die zijn uitgesloten van vergoeding zijn onder andere vacuümgevormde hoesjes, zoals Invisalign®. De achtergrond van deze uitsluiting is dat dergelijke beugels onnodig kostbaar zijn.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft een declaratie van de orthodontist ontvangen voor het plaatsen van een beugel categorie 7 bij de dochter van verzoekster. Het plaatsen van een beugel categorie 7 staat volgens de tariefbeschikking van de NZa voor: "*het plaatsen van vacuümgevormde apparatuur verkregen door een digitale set up. Deze apparatuur bestaat uit ten minste 8 vacuümgevormde correctiehoesjes. Een voorbeeld hiervan is Invisalign*" (pagina 17).

De uitsluiting zoals opgenomen in artikel 13 van de polisvoorwaarden is ondubbelzinnig helder. Er wordt gesproken over vacuümgevormde hoesjes, en er wordt zelfs een merknaam als voorbeeld genoemd. In de begroting van de orthodontist wordt gesproken over 'onzichtbaar'.

Aangezien de kosten van een beugel zoals die bij de dochter van verzoekster is geplaatst, expliciet zijn uitgesloten van vergoeding, is de declaratie afgewezen.

De verantwoordelijkheid voor het beoordelen of een voorgestelde behandeling qua kosten mogelijk onder de dekking van een aanvullende verzekering valt, ligt niet bij de behandelaar (orthodontist) maar bij de verzekerde/verzekeringnemer, uiteraard voor zover deze voor dergelijke kosten een verzekering heeft afgesloten. Daarbij zijn de polisvoorwaarden leidend. Niet in geschil is dat de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gelden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. Als de verzekeringnemer/verzekerde vragen heeft of een nadere toelichting wenst, kan contact worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft dit niet gedaan.

Overigens ligt het anderzijds wel in de lijn der verwachting dat de orthodontist bij het opstellen van de begroting zoveel mogelijk aansluiting zoekt bij de inhoud en tekst van de vigerende tariefbeschikking. Dat dit in het onderhavige geval niet is gebeurd, waardoor verzoekster - volgens eigen zeggen - niet onmiddellijk na ontvangst van de begroting werd gealarmeerd, is te betreuren, maar vormt geen reden om alsnog tot vergoeding over te gaan. Ook is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de orthodontist verzoekster had moeten adviseren om de begroting vooraf voor te leggen aan haar verzekeraar teneinde te laten vaststellen op welke vergoeding aanspraak zou kunnen worden gemaakt.

Dat de onderhavige beugel in de wachtkamer van de orthodontist wordt aangeprezen, maakt het voorgaande niet anders.

Verzoekster heeft nog gesteld dat de assistente van de orthodontist nog nooit had meegemaakt dat een beugel voor een kind niet werd vergoed, en dat de orthodontist wellicht zelf ook niet op de hoogte was van het feit dat deze beugel zo specifiek is. Dienaangaande merkt de ziektekostenverzekeraar op dat zorgverzekeraars vrij zijn om te bepalen wat wel en niet valt binnen de dekkingen van de aanvullende verzekeringen. De orthodontist kon dan ook niet zonder meer ervan uitgaan dat de vergoeding van de onderhavige beugel binnen de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering viel.

5.3. De ziektekostenverzekeraar maakt van contacten met verzekerden notities, en telefoongesprekken kunnen voor opleidingsdoeleinden worden opgenomen en gedurende een beperkte tijd worden bewaard. De notities van de telefoongesprekken met verzoekster zijn geraadpleegd en de voorhanden opnames zijn beluisterd. Hieruit is opgemaakt dat verzoekster op 28 december 2016 de polisvoorwaarden heeft opgevraagd. Kennelijk bestond daartoe op dat moment aanleiding voor verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft haar de polisvoorwaarden toegezonden. Verzoekster was dus in de gelegenheid deze te raadplegen. In die voorwaarden wordt uitdrukkelijk verwezen naar de tariefbeschikking van de NZa. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat het op de weg van verzoekster lag deze tariefbeschikking te raadplegen teneinde haar recht op vergoeding te kunnen vaststellen. De gevolgen van het feit dat zij dit niet heeft gedaan, kunnen niet op de ziektekostenverzekeraar worden afgewenteld.

Op 27 maart 2017 heeft verzoekster opnieuw gebeld met de klantenservice, ditmaal om te informeren waarom de kosten van orthodontie ten behoeve van haar dochter niet worden vergoed. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar is dit nagegaan en heeft aan verzoekster uitgelegd dat orthodontie met een beugel categorie 7 is uitgesloten van vergoeding. Daarbij is toegelicht dat deze uitsluiting in de polisvoorwaarden is opgenomen. Verzoekster heeft in reactie hierop medegedeeld dat zij alleen in het vergoedingenoverzicht heeft gekeken. De medewerker heeft vervolgens uitgelegd dat in het vergoedingenoverzicht wordt verwezen naar de artikelen in de polisvoorwaarden, waar de nadere bepalingen zijn vastgelegd.

Op de begroting van de orthodontist, die verzoekster heeft overgelegd, wordt eveneens verwezen naar de tariefbeschikking van de NZa. Verder staat op de begroting bij categorie 7 vermeld dat het onzichtbare apparaatuur betreft, terwijl in de tariefbeschikking voor orthodontie categorie 7 wordt aangeduid als 'orthodontie met vacuümgevormde correctiehoesjes', zoals de ziektekostenverzekeraar deze ook in de polisvoorwaarden heeft vermeld.

De ziektekostenverzekeraar tracht zijn polisvoorwaarden enerzijds zo volledig mogelijk te laten zijn, en deze anderzijds leesbaar te houden. Daar waar verwijzingen aan de orde zijn, wordt getracht de tekst zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de inhoud van het document waarnaar wordt verwezen. In verband met leesbaarheid en de omvang is bewust ervoor gekozen de tariefbeschikkingen niet op te nemen in de polisvoorwaarden. Daarbij komt dat de tariefbeschikking lopende het verzekeringsjaar kan wijzigen. Als de tariefbeschikking dan is opgenomen in de polisvoorwaarden, leidt dit tot onjuistheden, met alle gevolgen van dien.

In het voorgaande is ook de reden gelegen dat in de polisvoorwaarden bij de uitsluiting ervoor is gekozen de voorziening te omschrijven in plaats van deze concreet te betitelen als zijnde een beugel categorie 7. Immers, zou op enig moment een categorie worden toegevoegd aan de beschikking, dan zou de inhoud van de polisvoorwaarden onjuist zijn, en zou ten onrechte dekking worden geboden voor een beugel waarvan de bedoeling was dat deze van vergoeding zou zijn uitgesloten. Dat de tekst van de bepaling in de polisvoorwaarden niet één op één gelijk is aan die van de tariefbeschikking, heeft een scala van oorzaken. Het voert te ver daarop in dit geschil in te gaan.

Bovendien geldt dat de verwijzing naar de tariefbeschikking van de NZa ziet op de hoogte van de vergoeding. De vergoedingen waarop verzekerden krachtens de polisvoorwaarden recht hebben, zijn gemaximeerd tot de tarieven zoals die in de tariefbeschikking van de NZa zijn opgenomen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoekster niet het vertrouwen kan zijn gewekt dat de onderhavige kosten worden vergoed. Het is spijtig dat verzoekster onvoldoende kennis heeft genomen van de voorwaarden voor vergoeding van orthodontie, waardoor zij nu wordt geconfronteerd met kosten die voor haar rekening komen. De declaratie is evenwel terecht afgewezen. De ziektekostenverzekeraar wijkt niet af van de polisvoorwaarden, aangezien die voor alle verzekerden op gelijke wijze dienen te worden toegepast.

- 5.4. Het was niet de bedoeling dat verzoekster het gevoel kreeg dat de gevoerde telefoongesprekken tegen haar werden gebruikt, en de ziektekostenverzekeraar betreurt dit dan ook. Als gezegd, worden telefoonnotities gemaakt en worden gespreksopnames kort bewaard. De inhoud van telefoonnotities is bij de beoordeling van een klacht onderdeel van het onderzoek. In het onderhavige geval is met name relevant dat uit de telefoonnotities blijkt dat verzoekster de polisvoorwaarden heeft opgevraagd. Het vervolgens beluisteren van gespreksopnames heeft enkel als doel te verifiëren of zich geen feiten of omstandigheden hebben voorgedaan die een ander - in het voordeel van de verzekerde sprekend - licht op de zaak kunnen werpen. Daarvan was in het onderhavige geval geen sprake. Bij de initiële afhandeling van de klacht is ervoor gekozen dit aan de hand van de inhoud van de gevoerde gesprekken concreet toe te lichten.
- 5.5. Voor de volledigheid merkt de ziektekostenverzekeraar op dat voor het jaar 2017 (en ook al voor het jaar 2016) geen contract met de onderhavige orthodontist is gesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook geen enkele invloed op welke benaming deze orthodontist voor de onderhavige behandeling in het behandelplan opneemt. Tevens kan de ziektekostenverzekeraar de orthodontist niet verplichten om patiënten die verzekerd zijn bij eerstgenoemde, actief te wijzen op de in het geding zijnde dekkingsuitsluiting in de polisvoorwaarden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van Rubriek B van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarde en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?*

*Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling volgens Zorg en Zekerheid doelmatig is, in de beroepsgroep gebruikelijk is en als de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze; zie ook Rubriek B, artikelen 8.f en 9. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.*

*(...)*

*De behandelingen worden vergoed volgens de tariefbeschikking zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Indien de tariefbeschikking niet aanwezig is, dan worden ze vergoed volgens de tarieven gepubliceerd via de website van Zorg en Zekerheid [zorgenzekerheid.nl](http://zorgenzekerheid.nl) vergoedingen vrijgevestigde mondhygiënisten aanvullende verzekeringen.*

*De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.*

*Welke kosten worden niet vergoed?*

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;*
- niet tijdig afgemelde afspraken;*
- de kosten voor röntgendiagnostiek in combinatie met controle boven de € 35,00 per kalenderjaar;*
- de kosten voor M01 (preventieve voorlichting), M02 (evaluatie) en M03 (gebitsreiniging) tezamen boven de 30 minuten per kalenderjaar;*
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;*
- maken en beoordelen van meer-dimensionale kaakfoto's;*
- kaakoverzichtsfoto's (X21) tot 18 jaar;*
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;*
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4;*
- bleken van elementen (met uitzondering van inwendig bleken vanuit de AV-Totaal);*
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;*
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes, b.v. Invisalign®;*
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat.*

*(...)*

13.1.2 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar

*Wat wordt er vergoed?*

*De kosten voor orthodontische behandeling.*



*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

*- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts;  
- de vergoeding in onderstaande tabel is éénmalig voor de gehele duur van de verzekering.  
Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is  
gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor orthodontische behandeling niet  
nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere  
zorgverzekeraar(s) en een daarop volgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het  
kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding;  
(...)*

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

*(...)*

*AV-GeZZin*

*100% tot maximaal € 2.000,00*

*(...)"*

8.3. Artikel 6:238 lid 2 BW luidt:

*"Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en  
begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de  
wederpartij gunstigste uitleg."*

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar, op basis van 100 percent tot maximaal € 2.000,--, eenmalig voor de gehele duur van de verzekering. De behandelingen worden vergoed conform de tariefbeschikking van de NZa. Een en ander is opgenomen in artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin zijn ook uitsluitingen vermeld. Zo is bepaald dat - voor zover voor het onderhavige geschil relevant - de kosten van vacuümgevormde hoesjes niet worden vergoed.

9.2. De dochter van verzoekster is jonger dan 18 jaar, zodat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van orthodontie uit hoofde van de aanvullende ziektekostenverzekering.

De nota van de orthodontist betreft:

- Plaatsen beugel categorie 7, code F471A, ten bedrage van € 509,08;

- Techniek-/Materiaalkosten, ten bedrage van € 1.125,00.

De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze kosten afgewezen, omdat het een beugel betreft die is te beschouwen als een vacuümgevormd hoesje, zodat de uitsluiting uit de polisvoorwaarden van toepassing is. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij als leek niet kon vermoeden dat een 'beugel categorie 7' hetzelfde is als een 'vacuümgevormd hoesje'. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.3. In de tariefbeschikking Orthodontische zorg van de NZa is vermeld dat zorgaanbieders declaraties dienen te specificeren conform de beschrijvingen in de tarievenlijst.

De orthodontist heeft in de begroting opgenomen: "*Plaatsen beugel categorie 7 (onzichtbaar 2 kaken, beperkt), code F417A, tarief € 499,91, M/T € 1125,00*". Op de nota is dezelfde omschrijving vermeld. Enkel de code is anders, namelijk F471A, maar de commissie gaat ervan uit dat de orthodontist in de begroting abusievelijk de verkeerde code heeft gebruikt. In voormelde tariefbeschikking is code F471A vermeld met als omschrijving 'Plaatsen beugel categorie 7', en als bijbehorend tarief € 509,08.

De orthodontist heeft een en ander, behoudens de veronderstelde verschrijving in de code, op correcte wijze, conform de tariefbeschikking van de NZa, vermeld en gedeclareerd.

9.4. In artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering worden noch categorieën beugels noch codes genoemd. Voorts wordt in het spraakgebruik een orthodontische behandeling geassocieerd met het plaatsen van een beugel en zal de relatie met 'vacuümgevormde hoesjes' daarom niet snel

worden gelegd. Ingevolge artikel 6:238, tweede lid, BW dient een bepaling duidelijk en begrijpelijk te zijn opgesteld. Als dit niet zo is, prevaleert de voor de wederpartij - in dit geval verzoekster - meest gunstige uitleg. De commissie is van oordeel dat uit de polisvoorwaarden niet volgt dat onder 'vacuümgevormde hoesjes' moet worden verstaan een 'beugel categorie 7', terwijl verzoekster er evenmin op bedacht hoefde te zijn dat een 'beugel categorie 7' zou kunnen vallen onder de betreffende uitsluiting.

De verwijzing naar de tariefbeschikking ziet volgens de ziektekostenverzekeraar alleen op de vergoeding. Dit spreekt eigenlijk tegen hem, aangezien de tariefbeschikking dan enkel relevant zou zijn voor de hoogte van het tarief, en daarmee zou de omschrijving ondergeschikt, of zelfs irrelevant zijn, terwijl het geschil daar nu juist om draait.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster voorafgaand aan de orthodontische behandeling niet de voorwaarden heeft geraadpleegd, maar enkel het vergoedingenoverzicht.

Dit is in beginsel een terecht verwijt, aangezien van verzekerden mag worden verwacht dat zij kennis nemen en hebben van de geldende voorwaarden. Echter, ook al zou verzoekster de polisvoorwaarden hebben geraadpleegd, dan nog had zij daaruit niet op kunnen maken dat een 'beugel categorie 7' is uitgesloten van vergoeding. Dit is immers niet als zodanig vermeld.

De commissie concludeert dat de in artikel 13 van de zorgverzekering opgenomen uitsluiting voor 'vacuümgevormde hoesjes' niet duidelijk en begrijpelijk is, in die zin dat verzoekster niet hoefde te begrijpen dat hier mede onder wordt verstaan een 'beugel categorie 7', en dat bedoelde uitsluiting haar om die reden niet kan worden tegengeworpen.

- 9.5. Gelet op het voorgaande behoeft het door verzoekster gestelde aangaande de telefonische contacten geen bespreking.

### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 6 december 2017,

A.I.M. van Mierlo